



**PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD:  
MANEJO DE LA INCONTINENCIA URINARIA  
EN LA MUJER CON MENOPAUSIA.**

**HEALTH EDUCATION PROJECT: HANDLING  
URINARY INCONTINENCE IN WOMEN IN  
MENOPAUSE.**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
GRADO EN ENFERMERÍA – TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**AUTORES: ANA RUBIO LUQUE  
YULIESKI LIUDMILA VELÁZQUEZ SASTRE  
TUTOR: CARLOS BERMEJO**

**[2017-2018]**

*“Después de escalar una montaña muy alta,  
Descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar”  
Nelson Mandela*

## INDICE

<b>RESUMEN/ABSTRACT .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>9</b>
<b>ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>17</b>
1. Población diana .....	17
1.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	18
2. Captación .....	18
3. Planificación y desarrollo de la intervención .....	19
3.1 Número de participantes .....	19
3.2 Número de sesiones .....	19
3.3 Frecuencia y lugar.....	19
3.4 Duración .....	20
3.5 Planificación de cada sesión .....	20
3.6 Técnica, recursos y tiempo .....	24
3.6.1 Métodos de técnicas educativas .....	24
3.6.2 Recursos.....	24
3.6.3 Tiempo .....	25
3.7 Equipo docente .....	25
<b>EVALUACIÓN.....</b>	<b>24</b>
a) Sistema de evaluación .....	25
b) Proceso de evaluación .....	27
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>33</b>



## RESUMEN

Este trabajo persigue el abordaje de la Incontinencia Urinaria (IU) en mujeres en etapa menopáusica. Dicha afección se encuentra en aumento en esta población, que por parte de los profesionales sanitarios, no adquiere el valor que le concierne. La normalización del problema por los medios de comunicación y su estigmatización en la sociedad, da lugar a que las personas afectadas no se empeñen en tratar los síntomas que presentan. Aunque no supone un riesgo vital, puede ocasionar un alto impacto psicológico, social, físico, higiénico, mental y económico, que puede conllevar a una limitación de la autonomía y reducción de la autoestima.

El soporte de este proyecto, parte de una búsqueda bibliográfica, respecto al descenso de la calidad de vida (CdV), prevalencia y etiología, protocolos, guías prácticas o Best-practice.

Tras análisis de la información, se observa la necesidad de crear un proyecto de Educación para la Salud (EpS) con el fin de conseguir pacientes autosuficientes, mejorando sus conocimientos, promoviendo comportamientos saludables, y ofreciendo estrategias facilitadoras del proceso tanto física como emocionalmente.

Se selecciona una población de mujeres, con edades comprendidas entre 50 y 60 años, padeciendo IU. El proyecto incluye 5 sesiones educativas mediante un método de enseñanza que pretende encauzar a la persona en un proceso de cambio de actitud y de conducta; será evaluado de manera continua y a los 6 meses, comprobándose los resultados obtenidos con la estrategia elegida.

Palabras clave: Disfunciones del suelo pélvico, Incontinencia urinaria, Calidad de vida, Educación para la salud, Menopausia.

## ABSTRACT

This work pursues the approach of urinary incontinence in women in the menopausal stage. The condition is increasing in this population, which by health professionals, not acquires the value that concern it. Normalization of the problem by the media and their stigmatization in society, gives rise to the affected people to not endeavor to treat symptoms that present. Although it is not life-threatening, it can cause a high impact psychological, social, physical, mental, hygienic and economic, which may lead to a limitation of autonomy and self-esteem reduction.

The support of this project, starts with a literature search, respect to the decline in the quality of life, prevalence and etiology, protocols, practical guides, or Best-practice.

After analysis of the information, there is the need to create a project of education for health in order to achieve self-reliant patients, improving their knowledge, promoting healthy behaviors, and offering strategies facilitators of the process both physically and emotionally.

A population of women, aged between 50 and 60 years old, suffering from UI is selected. The project includes 5 educational sessions by a teaching method that aims to guide the person in a process of attitude and behavior change; it was evaluated continuously and at 6 months, verifying the results obtained with the chosen strategy.

**Keywords:** dysfunction of the pelvic floor, urinary incontinence and quality of life, education for health, menopause.

## INTRODUCCIÓN

La IU, desde el año 2002, es definida por la International Continence Society, como “una queja de cualquier tipo de pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que condiciona un problema higiénico y/o social que puede demostrarse objetivamente, y que constituye un problema higiénico o social”<sup>1, 2</sup>. La IU es un síntoma (no un diagnóstico) de la fase de llenado vesical<sup>1</sup>; que al no considerarse una enfermedad, ha dificultado su conocimiento, identificación y adecuado tratamiento desde la perspectiva asistencial<sup>3</sup>. La IU no es una afección que pone en peligro la vida del paciente, pero se evidencia que deteriora significativamente la CdV de quien la padece, ya que reduce su autoestima y merma su autonomía<sup>3</sup>.

La falta de consenso en su definición, hasta el año 2002, ocasionó obstáculos a la hora de realizar estudios epidemiológicos<sup>4</sup>, por ende muestran una enorme variación, que podría tener su origen en la utilización de diferentes definiciones, en el método empleado y el tipo de muestra<sup>4</sup>. Por tanto la prevalencia en la población general anterior a dicha fecha varía considerablemente, en función de criterios de evaluación, pudiendo oscilar entre 2,5% al 47%<sup>4, 5, 6</sup>.

Posteriormente, el Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI), muestra en España, que la IU es una patología frecuente, y se estima que afecta aproximadamente a 6 millones de personas<sup>7</sup>. Determinando una prevalencia que fluctúa desde el 24%, aumentando al 40% en mujeres de mediana edad y al 50% en personas mayores, en deportistas del 15% al 80% dependiendo del deporte y la frecuencia<sup>7</sup>. En la población femenina española la prevalencia aumenta acorde avanza la edad<sup>8</sup>, en coexistencia con otros factores. El estudio EPICC de la Asociación Española de Urología, determina como datos epidemiológicos fidedignos una prevalencia de IU de 3,66%<sup>8</sup>. Afecta principalmente a mujeres de raza blanca, aunque existe una falta de estudios en otras etnias, contribuyendo así a un claro sesgo en esta aseveración. Se presenta tanto en personas sanas como asociada a diferentes patologías<sup>4</sup>. Según la Encuesta Nacional de Salud en España de 2012, el rango de mujeres en España con problemas crónicos de larga evolución en la Comunidad de Madrid en los últimos 12 meses que además sufren IU, porcentualmente es del 4%; y el 4,53% de las que se conocen que han sido diagnosticadas por un médico sobre la IU<sup>9</sup>.

Respecto a las mujeres en edad laboral la IU se muestra en un 33,2%<sup>7</sup>, lo cual deriva a un importante problema social a causa de esta patología, que además conlleva una disminución de la CdV. Según dicha encuesta, la IU es percibida como generadora de

limitaciones en las personas que la sufren a la hora de realizar las actividades de la vida cotidiana, incluidas las laborales y las sociales, (47% de las respuestas)<sup>7</sup>. Asimismo, afecta emocionalmente a las personas (37% de las respuestas)<sup>7</sup>, provocando distorsiones en su imagen corporal y en una pérdida de su autoestima, favoreciendo frecuentemente trastornos emocionales relacionados con la enfermedad, como ansiedad, estrés, aislamiento social y depresión. Resulta preocupante, desde el punto de vista socio-sanitario que, prácticamente una de cada tres personas que padecen dicha patología, no hayan consultado nunca a algún profesional sanitario.

La clasificación de IU en cuanto a la temporalidad, se distingue entre IU transitoria reversible, al tratar la causa que la originó, o, si la pérdida de orina se mantiene durante 4 meses<sup>6</sup> se conoce como IU permanente o establecida. Desde el punto de vista sintomático, existen varios tipos de IU, incontinencia urinaria al esfuerzo (IUE), incontinencia urinaria de urgencia (IUU), e incontinencia urinaria mixta (IUM)<sup>4, 6</sup> (Anexo 1). Siendo las dos primeras, las tipologías más prevalentes en nuestra sociedad<sup>5</sup>. La IUU se define como la pérdida involuntaria de orina, acompañada o precedida, por parte del paciente, de un deseo miccional intenso, súbito y difícil de demorar<sup>4, 6</sup>.

La IUE es la percepción del escape de orina que se produce en actividades como toser, reír, correr o andar. Es un trastorno en el control de la vejiga, es decir, una alteración en la fase de llenado. Su prevalencia es elevada en mujeres, convirtiéndose en el tipo más común<sup>4</sup>. Suele asociarse a un tono muscular del suelo pélvico deficitario. Se divide en<sup>4,6</sup>:

- Incontinencia urinaria por hipermovilidad uretral o anatómica, la uretra desciende por los fallos del mecanismo de soporte, por denervación que conlleva una alteración del tejido conectivo y/o muscular.
- Deficiencia esfinteriana intrínseca, se debe a la pérdida de la función del esfínter, cuando fallan los elementos musculares o las estructuras que mantienen el sellado uretral.

Existen más definiciones asociadas a las disfunciones del tracto urinario<sup>4</sup>, tales como incontinencia urinaria continua (por deficiencia esfinteriana intrínseca), enuresis nocturna (aquella que se produce durante el sueño), incontinencia por rebosamiento (por obstrucción infravesical con dilatación del tracto urinario, la cual suele acompañarse de insuficiencia renal), incontinencia funcional (debida a trastornos físicos, cognitivos, arquitecturales o utilización de fármacos), e incontinencia durante el coito o goteo post-miccional, entre otros.



En cuanto a la etiología de la IU, lo más frecuente es que sea de tipo multifactorial<sup>6</sup>. Los factores de riesgo que incurren en el padecimiento de IU en mujeres, son: edad comprendida entre los 50-54 años o más de 75 años, cambios post-menopaúsicos como consecuencia de la deprivación estrogénica (condición relacionada con el riesgo de padecer IUE)<sup>6</sup>, factores obstétricos (haber sufrido un trauma perineal definido como cualquier daño producido en los genitales de manera espontánea o por incisión quirúrgica, macrosomía fetal, parto instrumental o cesáreas), la obesidad, la paridad (número de partos), deportes de impacto y las cirugías abdomino-pelvianas (principalmente la histerectomía), o tabaquismo<sup>4, 6, 8</sup>. Se observa que a mayor edad y mayor número de partos, y desgarros perineales las probabilidades de padecer IUM aumentan, en lugar de IUE o IUU<sup>10</sup>. Otros factores de riesgo, apareciendo entre ellos la alta comorbilidad<sup>11</sup> (como 19,35% de hipertensión, 13,71% de mayor frecuencia de infecciones urinarias y 5,65 % diabetes), los procesos neurológicos y el deterioro funcional (inmovilidad y deterioro cognitivo/demencia).

La IU tiene un impacto en la CdV de las pacientes<sup>4, 8</sup> que la padecen. Conforme avanza la edad se ha observado que dimensiones de la CdV como la salud general, limitación en la actividad diaria, limitación de la actividad física, limitación de la actividad social y daño emocional<sup>8</sup>, se ven afectadas en mayor medida en las mujeres con mayor número de episodios de escape de orina al día y un mayor número de compresas, relacionándose a su vez con la propia percepción de las pacientes de una significativa reducción de su CdV<sup>4</sup>. Reflejan sentirse especialmente afectadas, por la limitación de la actividad física en su día a día, y en el impacto que ejerce dicha I.U. en su vida por las posibles implicaciones sobre su imagen corporal (uso de compresas, mal olor corporal, manchas en la ropa, etc...). La mayoría de pacientes afectadas utilizan absorbentes de celulosa como método de control, hecho fomentado desde la publicidad y medios de comunicación, contribuyendo a un elevado coste tanto socioeconómico<sup>8</sup> como ecológico<sup>4</sup>.

El ONI publicó los resultados de una encuesta que valora aspectos relacionados con IU, y el 64% de los encuestados reflejaba una alteración de la CdV de los cuales el 67,8 % padecía IU desde hacía más de un año<sup>7</sup>. Así mismo, los encuestados sienten mayor afectación sobre su CdV cuando existe un avance a un mayor grado de incontinencia, mayor sintomatología miccional y/o están asociados a episodios de infección urinaria<sup>12</sup>. Consecuentemente existen repercusiones negativas que abarcan desde aspectos médicos

hasta socioeconómicos, afectando tanto a la persona que la padece como a su núcleo familiar.

La valoración para el diagnóstico de IU, parte de la recogida de datos recomendadas como, la Historia clínica (especial interés en medidas utilizadas para el control de la IU), diario miccional, valoración de la percepción e impacto de la IU sobre la CdV a través de cuestionarios, como ICIQ-SF (Anexo 2) para conocer la afectación que producen los síntomas, examen físico con examen neurológico básico (sensibilidad y reflejos perineales), prueba de esfuerzo (con vejiga llena se le indica a la paciente que tosa). Para determinar el tipo de IU que padece, se utiliza el cuestionario IU-4 (que consta de 4 preguntas dicotómicas), la gravedad de la IU se valora mediante la escala Sandvik (donde se mide la frecuencia y cantidad, clasificándola en leve, moderada y severa), o el test de la compresa para evaluar el volumen de las pérdidas<sup>13</sup>. A su vez, el ONI utiliza el test IQOL para determinar la repercusión de la IU en la calidad de vida (con tres apartados importantes: el comportamiento de evitación y limitación, repercusión psicosocial, y sentimiento de vergüenza en la relación social). Otras pruebas diagnósticas utilizadas son: analítica de función renal y estudio del residuo post-miccional, la flujometría libre y el estudio urodinámico (cuando se plantee el tratamiento quirúrgico), pruebas de imagen convencional, ecografía, uretrocitoscopia y la evaluación endoscópica de la vía urinaria baja. Siendo opcionales la videourodinámica, la resonancia magnética nuclear (RMN) y la prueba de la compresa<sup>4,6</sup>.

Por parte de las enfermeras, compete trabajar diagnósticos NANDA en relación a la IU sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo (00017) y trastorno de la imagen corporal (00118).

En el tratamiento de la IU, se incluyen diversas alternativas, no necesariamente excluyentes, sino que a menudo se realizan de forma complementaria. El primer escalón terapéutico lo constituyen los tratamientos conservadores (intervenciones sobre el estilo de vida, medidas higiénico-dietéticas, técnicas de modificación conductual y ejercicios) y/o la utilización de dispositivos mecánicos<sup>6</sup>. Dentro del tratamiento conservador, se encontraría el abordaje enfermero encaminado hacia la rehabilitación perineal, junto con el resto de profesionales en un equipo multidisciplinar, basados en la realización de proyectos de EpS. Otro escalón sería el tratamiento farmacológico que para un resultado óptimo requiere una prescripción individualizada dependiendo del tipo de incontinencia; suele aplicarse en IU moderada o severa, o como terapia coadyuvante al tratamiento

conservador. La medicación utilizada son anti-muscarínicos (Tolteridona, Cloruro de trospio, Solifenacina, Direfenacina), Desmoprexina, o fármacos de acción mixta (Oxibutinina, Propiverina) todos ellos de grado 1 de recomendación y evidencia A<sup>6</sup>. Otra posibilidad de tratamiento farmacológico es la terapia hormonal, relacionada con la falta de estrógenos en las mujeres posmenopáusicas. Por último, el tratamiento quirúrgico se hace necesario cuando el tratamiento conservador ha fracasado o existe una anomalía física que precisa de dicho tratamiento, como puede ser un prolapso órgano pélvico de nivel 3 y 4.

La importancia de la educación y promoción de la salud, radica en el abordaje holístico que persigue empoderar a las personas, capacitarlas y dotarlas de herramientas, con el fin de que obtengan autonomía en sus cuidados, y que constituye un pilar fundamental de la profesión enfermera, respaldado por diversas guías de práctica clínica, una revisión narrativa, y estudios cualitativos<sup>14,15</sup>, que recomiendan las intervenciones de EpS para mejorar la CdV en mujeres con menopausia impartidas por enfermeras/matronas.

El ejercicio físico y los programas de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (EMSP) tienen efectos positivos sobre la IU, evidenciándose su eficacia a lo largo de numerosos estudios<sup>16</sup>. Este tipo de procedimiento se muestra como un programa efectivo para el tratamiento de la IU, especialmente en IUE. Basándose en dos funciones del músculo del suelo pélvico<sup>16</sup>: el apoyo de los órganos pélvicos y una contribución al mecanismo de cierre esfinteriano de la uretra. Los objetivos serían la mejora de dicho apoyo (concretamente la vejiga, el cuello vesical y la uretra) y aumentar la presión intrauretral durante el esfuerzo. Se utilizan tres métodos y el fundamento biológico: el uso de una contracción muscular del suelo pélvico voluntaria fuerte, rápida y oportuna antes y durante el esfuerzo (sujeta la uretra al presionarla contra la sínfisis del pubis aumenta la presión intrauretral, previniendo así su descenso durante el esfuerzo), el entrenamiento de resistencia (puede levantar la posición de la placa del músculo elevador de la pelvis mediante mayor hipertrofia muscular facilitando la respuesta muscular más autónoma en los cambios de presión intraabdominal) y la facilitación de la contracción mediante la contracción del músculo abdominal (existe evidencia de que la contracción de los músculos abdominales, concretamente el músculo transversal del abdomen, actúa sinérgicamente con la contracción de los músculos del suelo pélvico)<sup>16</sup>. El debilitamiento de la musculatura pélvica producido por la gestación, la menopausia, el sobrepeso, o determinados estilos de vida, son causa

fundamental para la aparición de la IU. La musculatura que debe ejercitarse para la mejora de la IU es toda la musculatura abdomino-pélvica, musculatura lumbar, diafragmática, y estabilizadora de la pelvis.

El suelo pélvico es un conjunto de músculos, estructuras conectivas y ligamentos que se fijan en la pelvis ósea, comportándose como una hamaca que da soporte y suspensión a los órganos abdominopélvicos. Las repercusiones más trascendentales de los trastornos del suelo pélvico son la IU, incontinencia fecal, disfunción sexual, prolapso de órganos pélvicos y/o síndrome de dolor pélvico crónico entre otros.

El envejecimiento constituye un proceso natural e inevitable en el cual se producen cambios sistémicos que trascienden a los ámbitos físico, psicológico, emocional y social. En la mujer se suma un estado fisiológico específico, como es la menopausia, susceptible de provocar una serie de eventos indeseados.

El climaterio y la menopausia aunque en muchas ocasiones se utilizan indistintamente, no significan lo mismo. El climaterio supone la etapa de la mujer, entre la madurez sexual y la senectud en el que desaparece la función reproductiva y se producen variaciones hormonales, ocupando casi la tercera parte de la vida femenina. El cuadro clínico en el climaterio es múltiple y existe una gran variabilidad entre las mujeres en relación a los síntomas que padecen<sup>17</sup>. En la actualidad, el aumento progresivo de la esperanza de vida en los países desarrollados supone que llegar a los 70 años de edad es algo habitual, mostrándose el aumento de mujeres climatéricas que requieren atención, en las variadas afecciones relacionadas con la edad.

Tanto para la OMS como para Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia la menopausia natural se define como "el cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva, después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas"<sup>3</sup>. Su presentación se establece de forma fisiológica entre los 45-55 años de edad, manifestándose en España a partir de los 50 años<sup>17</sup>. En dicho período las estructuras del suelo pélvico sufren importantes alteraciones, que repercuten en diferentes partes del aparato urogenital: atrofia celular de la mucosa uretral, disminución del tejido elástico, degeneración nerviosa, reducción del tono del músculo liso, o hipoestrogenismo. La atrofia genital puede contribuir a la relajación del suelo pélvico así como a la deficiencia intrínseca del esfínter uretral, interfiriendo en la disminución de la capacidad de la vejiga, aumento de orina residual e incremento de la movilidad del cuello uretral. Este conjunto de signos contribuye al desarrollo de uno de los trastornos

más comunes dentro de este período, debida a la pérdida de elasticidad y tensión del suelo pélvico, aumentando la incidencia de la IU en la mujer.

### JUSTIFICACIÓN

La promoción de la salud fue definida por la OMS como el “proceso que capacita a la persona a tomar el control y mejorar su salud”. En este sentido se entiende que los individuos precisan desarrollar capacidades y competencias que faciliten su adaptación a las diversas etapas de su ciclo vital y a sus procesos de salud y enfermedad de una forma efectiva. A su vez, define la CdV como la percepción que un individuo tiene de sí mismo. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como por su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Desde la visión que enmarca la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud<sup>18</sup>, el propósito no es otro que promover una sociedad en la que cada integrante de la comunidad, en sus diferentes roles, puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía. La EpS es una de las estrategias de promoción de la salud, que proporciona la oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción y prevención de la salud, implicando a los distintos niveles a los que atañe.

La correcta formación de los profesionales en el área de la IU, tanto en el diagnóstico, como en el seguimiento y tratamiento de los pacientes, resulta esencial para evitar tanto el infra-diagnóstico, como el infra-tratamiento existente actualmente.

La EpS se sustenta en modelos teóricos, psicosociales y sanitarios, que incorporan herramientas pedagógicas activas y participativas. Las diferentes estrategias de la EpS deben convertir a los pacientes en “activos” en la toma de decisiones referentes a su salud, dotándoles de herramientas para alcanzar sus propios objetivos. Existe numerosa evidencia científica que pone de manifiesto la efectividad de los programas de EpS, así como, la diferencia de resultados entre EpS grupal frente a la de tipo individual, relacionado con la IU a través de EMSP. El meta-análisis de Hay-Smith et al., destaca que el 90% de las mujeres que realizan sesiones combinadas, mejora frente al 57% que lo realiza únicamente de forma individual<sup>19</sup>. La investigación sobre el aprendizaje grupal<sup>20</sup> como práctica pedagógica ha demostrado sus ventajas y efectividad en la formación de las pacientes. A su vez, subraya que para conseguir un aprendizaje que a la vez favorezca la motivación, la colaboración y la participación, se requiere de un grupo de entre 8 y 15 personas.

Numerosos estudios evalúan los resultados de los programas de EpS en mujeres embarcadas en este proceso, determinando la importancia de la intervención de las enfermeras<sup>21</sup>. Existen ensayos clínicos que evidencian la efectividad de los talleres de educación para la salud grupal llevados a cabo por enfermeras comunitarias<sup>22</sup>, con resultados clínicamente relevantes, sobretudo en la IUE y IUM. Diferentes estudios valoran concretamente programas de EpS en mujeres menopáusicas cuya intervención es impartida por enfermeras<sup>21</sup>, por su importante papel en la prestación de información y en el efectivo desempeño de competencias. Otros trabajos, se han centrado en el efecto de EpS sobre el estado psicológico y de aspectos físicos relacionándolos con el ejercicio, obteniendo resultados muy positivos<sup>21,23,24</sup>, respaldando la utilización de los EMSP en la mejoría del tono muscular y consecuentemente en la IU. Las mujeres tratadas desde esta perspectiva, demostraron más probabilidades de informar curación o mejoría, informar mejor calidad de vida, tener menos episodios de fuga por día y tener menos fugas de orina. Se manifiesta el apoyo para la recomendación de incluir EMPS en los programas de tratamientos conservadores de primera línea para mujeres con IU, especialmente la IUE, muestra de ello se encuentra en un ensayo controlado aleatorizado donde se trata la efectividad de la combinación del EMSP junto con el entrenamiento vesical<sup>25</sup>.

La Enfermería resulta una figura eficaz, en la que una de sus principales armas de actuación es la promoción de la salud. Sin necesidad de grandes inversiones en recursos e infraestructuras, sólo exige una formación adecuada y cualificada que dote de los conocimientos imperiosos para promover cambios en la esfera de los cuidados y consigan mejorar la salud de la población. Una apuesta fundamental en la prevención y promoción de la salud, se enmarcan como enunciados descriptivos de los estándares de calidad del ejercicio profesional de Enfermería. Resultando de gran importancia, valorar y potenciar el trabajo de las enfermeras en este tipo de abordajes. El acceso de la población a unos cuidados integrales de salud, llevados a cabo por las enfermeras, permite incidir en los usuarios, rompiendo la relación entre el desconocimiento y la enfermedad.

Las cifras de prevalencia deberían ser suficientes para que la IU se considerase un trastorno relevante e incluirlo en los protocolos de Atención Primaria<sup>26</sup>. Además, de los antecedentes que ponen de manifiesto la problemática y el impacto negativo en la CdV que refieren las mujeres con IU. Por el contrario, lo que perciben las pacientes es un bajo nivel de información recibida por parte de los servicios sanitarios.



Durante el proceso de la menopausia, las mujeres sufren una serie de cambios en sus estilos de vida, inherentes a la propia mujer que podrían resultar afectados con el padecimiento de IU, y entorpecer su adaptación en ese momento de transición. Esta etapa de cambio en la vida de la mujer es psicológicamente complicada para ella, la pérdida de fertilidad y el comienzo del envejecimiento producen una cierta inestabilidad. La problemática que se palpa en las personas que padecen IU, es que a menudo ocultan su padecimiento, impidiendo su abordaje desde el principio de su diagnóstico. Incuestionablemente la vulnerabilidad se implica, y podría transformarse en una oportunidad que posibilite una readaptación de conductas a establecer en el tiempo, fomentando mejoras en sus estilos de vida, y comenzando sobre todo por las complicaciones que limiten su CdV. A medida que estas mujeres obtengan información específica sobre las características de esta etapa, podrán resolver de manera eficaz las situaciones adversas que se produzcan, reduciendo así sus sentimientos de vulnerabilidad, sin necesidad de ocultarse por temor al rechazo social. Los enfoques educativos resultan necesarios para informar a las mujeres con IU sobre habilidades de manejo más efectivas<sup>27</sup>.

### **Aprendizaje significativo**

La salud es subjetiva, biopsicosocial y constituye un recurso para la vida. Por lo tanto, se hace prioritario en la metodología de EpS, la perspectiva desde un aprendizaje significativo, con el objetivo de mejorar las capacidades de las pacientes. Hoy en día, existen distintos planteamientos respecto al aprendizaje y a cómo éste se produce. No obstante, en todos ellos, se da lugar cierto consenso sobre la influencia de los múltiples elementos o factores implicados tales como, la biología, inteligencia, estilo de pensamiento, personalidad, motivación, emociones, experiencias previas, contexto social y familiar. Sobre todo, se le concede mucha importancia en cómo estos interaccionan a la hora de generar conocimiento.

Distintos autores como Piaget, Gagné, Vygotsky, Freire, Bandura, Ausubel, Novak<sup>28</sup> y otros, han investigado y cimentado las teorías del aprendizaje significativo. El aprendizaje no se da lugar por acúmulo de información, sino que se construye: la persona traslada a la situación de aprendizaje todos sus conocimientos, vivencias, experiencias, sentimientos, habilidades y maneras de actuar, a razón del tema que se trate, aprendiendo a partir de la reorganización de todos los elementos. Conseguir aplicar este tipo de aprendizaje, se traduce en la creación de procesos en los cuales, las pacientes en primer lugar realizan una reflexión de su propia realidad, en segundo lugar

profundizan en el contexto a tratar (analizan la situación general, las cuestiones específicas individuales o sociales, aspectos emocionales, reformulan conocimientos) y finalmente, afrontan de manera eficaz su situación personal.

La didáctica a seguir con este proyecto de EpS es la consolidación, reorganización y modificación de conductas, a bordo de un proceso educativo que tiene como fin trabajar la reformulación de la información adquirida y la adecuada gestión de las experiencias vividas de las pacientes. Utilizando para ello una estrategia metodológica caracterizada por la realización de una educación grupal, reflexión a partir de un caso clínico para la correcta identificación con la situación, recurriendo a vivencias previas de pacientes que han superado el padecimiento, manejando información sencilla y comprensible que persigue la continuidad y adherencia al tratamiento, así como posteriores visitas programadas, educando en todas las sesiones y realizando una evaluación de la información recibida y de la comprensión de la misma. La dinámica del proyecto educativo debe seguir una guía escalonada y progresiva que va desde la apertura psico-social hasta la realización de ejercicios que reduzcan significativamente la IU.

### **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**

En la actualidad, la IU se trata de una afección infradiagnosticada, a pesar de ser un evento de elevada prevalencia, en la que la edad representa un factor de riesgo significativo<sup>29</sup>. Es importante destacar que se percibe un bajo índice de consultas por las pacientes, condicionando un bajo porcentaje de mujeres mayores de edad que reciben un tratamiento adecuado, incluso lo contrario, induciendo a un deterioro considerable de su CdV. La IU, es una de las patologías más comunes en los pacientes que acuden habitualmente a Atención Primaria, aunque no siempre es referido espontáneamente por el paciente, o no es preguntado correctamente por los profesionales sanitarios. La IU a menudo pasa desapercibida; debido principalmente a la baja demanda de consulta que presenta.

Los motivos principales por los que se considera un padecimiento infra-diagnosticado son, en primer lugar el pudor que puede representar hablar del problema<sup>30</sup>, en segundo lugar, por no ser interrogado por los profesionales sanitarios con las herramientas diagnósticas necesarias para objetivar su existencia<sup>31</sup>, y en tercer lugar, el ser interpretado por el paciente como un hecho de la involución natural de la ciclo de la vida de la persona, carente de un tratamiento eficaz<sup>2, 32</sup>, y aceptando sus consecuencias. En muchos casos se ofrecen medidas paliativas y no se dirigen a la causa del problema, pudiendo llegar a causar institucionalización de la persona mayor.



La IU no supone un riesgo en la vida de las personas, se ha demostrado que se asocia con una mayor necesidad de ayuda externa, mayor número de hospitalizaciones y mayor tasa de mortalidad. En todo ello, influye el tipo de incontinencia, la frecuencia, la severidad y el impacto o malestar que causa su padecimiento.

Todo este proceso vivido por las pacientes, repercute en el área psicológica produciendo trastornos emocionales como pérdida de autoestima, afecta a la autonomía y a la vida cotidiana de la mujer. Igualmente se ha demostrado un impacto negativo sobre el bienestar emocional y una tasa mayor de depresión grave y ansiedad<sup>6</sup>, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, estrés, alteraciones de la imagen corporal, sentimientos de vergüenza con tendencia al aislamiento social<sup>33</sup>, cambios de humor e irritabilidad<sup>34</sup>, alterando inevitablemente las relaciones interpersonales en el entorno de la persona<sup>32,35</sup>. Se traduce en una interrupción del funcionamiento normal de la persona, interrupción emocional, espiritual, física y de la vida diaria<sup>36</sup>. Para hacer frente a la IU y conseguir una participación social activa<sup>33</sup>, se dan razones para no pasar por alto una motivación perenne que consiga una adecuada adherencia al tratamiento.

Tras el análisis de estudios relacionados con testimonios de mujeres que padecen IU, donde reflejan sus experiencias, reacciones emocionales y significados del problema, se constata que existe similitud entre el significado psicológico entre mujeres occidentales y orientales pertenecientes a grupos religiosos o culturales, y etnias, pero que existen diferentes percepciones sobre la búsqueda de cuidado entre mujeres blancas, negras y latinas<sup>37</sup>. Aunque algunas refieren que resulta un impedimento para continuar con las actividades religiosas<sup>38</sup>, los recursos educativos que derivan a una diversidad de opciones de tratamiento, pueden mejorar el conocimiento y el comportamiento en la búsqueda de atención de mujeres con IU<sup>37</sup>.

Las mujeres orientales expresan sentimiento de culpa, estrés, humillación, soledad y aislamiento, incluso de vergüenza cuando sufren un escape delante de los familiares. Estas mujeres utilizaron varias estrategias para manejar la vida diaria, manteniéndolo en secreto e incluyendo restricciones de las actividades de la vida diaria<sup>38</sup>. En cuanto a las mujeres occidentales presentaban angustia, desamparo, inseguridad, impotencia o desesperación<sup>39</sup>. Si estas mujeres son inmigrantes debemos considerar que sus autocuidados pueden ser deficientes derivados de una expresión o entendimiento incorrecto del idioma<sup>38</sup>.

Según el análisis etario, para las mujeres mayores de 60 años el problema no se menciona y se sufre en silencio<sup>40</sup>, tras experiencias vividas tanto individuales como colectivas lo interpretan como una condición inherente a la etapa de la vida, describiéndolo como un proceso degenerativo, que resulta una amenaza para la autoestima<sup>41,42</sup>. Una de las preocupaciones es el olor de la orina, restringiendo así actividades o viajes de larga duración<sup>43</sup>. En menores de 50 años el problema se palpa en la falta de control personal por dificultad para enfrentarse al fenómeno, no siguen un camino normal, y al ser considerado un tabú se sienten rechazados por el grupo, despreciados y abandonados en la sociedad<sup>41,43</sup>, sienten vergüenza si ocurre en público o delante de sus familiares. Estas mujeres subestiman la sintomatología, muestran poco interés en la búsqueda de ayuda probablemente debido a la falta de conocimientos anatómo-fisiológicos y a las alternativas de tratamiento<sup>38, 43</sup>. También la existencia de barreras personales y profesionales obligan a estas mujeres a buscar soluciones, incluso sabiendo que alguna de ellas son perjudiciales, como la restricción hídrica o el uso de toallitas higiénicas, que pueden derivar en infecciones urinarias o problemas dermatológicos. Mencionan miedo a perder su empleo<sup>43</sup> o cambiar de cargo, sufren restricciones diarias de sus actividades, para buscar medidas de autocuidado que disminuyan las consecuencias de la IU<sup>39</sup>, y así intentar vivir de forma normal. Se pueden sentir culpables por no sentir deseo o placer sexual<sup>44</sup> o por perder orina durante el orgasmo, cuya consecuencia deriva en relaciones planificadas, no espontáneas, que también afecta a sus parejas<sup>45</sup>.

Partiendo de los supuestos de cuáles son los conocimientos, actitudes y habilidades previas del grupo de mujeres diana<sup>28</sup>, se resume:

- Conocimientos: la IU es un padecimiento infra-diagnosticado por ende resulta complicado llegar a todos los pacientes y asegurar que reciben la información necesaria sobre su sintomatología, opciones de tratamiento y autocuidado, cuya consecuencia puede ser un déficit de habilidades en el manejo de la IU.
- Actitudes: la IU afecta directamente al estado de ánimo de estas mujeres, problemas de autoestima y sociabilización, y puede alterar el proceso de estas mujeres, su capacidad de autocuidado y la búsqueda de apoyo.
- Habilidades: es habitual que muchas de estas pacientes manejen inadecuadamente las medidas de contención, o desconozcan las opciones de su manejo.

Tras analizar la situación de las mujeres menopáusicas que padecen IU se puede observar que existen necesidades sentidas en la población, tales como invisibilización de la problemática, consecuente infra-diagnóstico y dificultad en el afrontamiento que precisa de un mayor conocimiento atenuante de las consecuencias de los cambios fisiológicos de esta etapa. Una visibilización del tema, acompañaría la implantación de nuevas estrategias en Atención Primaria, implicando el tratamiento rehabilitador de esta problemática.

El método utilizado para propulsar el desarrollo de este proyecto y para obtener los objetivos propuestos, se ha llevado a cabo a través de una revisión bibliográfica en distintas bases de datos, tanto nacionales como internacionales, artículos, libros y guías. Entre las que se encuentran, Pubmed, Scielo, Cinahl, Cuiden, Biblioteca Cochrane Plus. Los términos empleados han sido las palabras claves antes expuestas, utilizando varias estrategias de búsqueda, implicando los operadores booleanos AND y OR. Los filtros en cuanto a la fecha de publicación han abarcado desde el año 2000. Los idiomas seleccionados, inglés y español.

## OBJETIVOS

### **Objetivo principal:**

Conseguir pacientes autónomos y autosuficientes que mejoren su CdV, que incluyan una modificación de los hábitos higiénico-dietéticos, comportamientos saludables, abasteciéndose de estrategias que faciliten el proceso tanto físico como emocionalmente.

**Objetivos Específicos:** Los participantes serán capaces de:

### *Área de conocimientos*

- ✓ S1: Identificar la sintomatología de la IU, causas, medidas paliativas y tratamiento a través de técnica falsos mitos la y fuentes de información.
- ✓ S1: Entender los cambios físicos y psicosociales del menopausia inherentes a esta etapa de la vida a través tormenta de ideas y fuentes de información.
- ✓ S1: Conocer como rellenar correctamente cuestionario ICIQ-SF.
- ✓ S2: Conocer la implicación del suelo pélvico y musculatura relacionada con la IU a través la explicación del docente.
- ✓ S2: Conocer su nivel de ansiedad mediante la cumplimentación de un cuestionario.
- ✓ S3: Incorporar autocuidados en hábitos saludables sobre nutrición, sintomatología de los sofocos y consumo tabáquico, alcohol, y control de peso mediante el análisis de las consecuencias en su vida diaria a través de fuentes de exposición con discusión.

- ✓ S4: Incorporar autocuidados en hábitos saludables sobre cuidados de la piel, manejo del olor e higiene personal, realización de ejercicios deportivos que aumenten la sintomatología mediante el análisis de afectación de su vida a través de fuentes de información con recomendación.
- ✓ S5: Recopilar información de conocimientos a través de un resumen participativo grupal.

#### ***Área de actitudes***

- ✓ S1: Expresar los sentimientos encontrados a través de las similitudes y diferencias con las experiencias mostradas en el video/caso clínico y exponerlas a través de método rejilla.
- ✓ S2: Indagar sobre los sentimientos del padecimiento de la IU y sus repercusiones a través la visualización de un video de un caso clínico que relate la superación del padecimiento de IU.
- ✓ S2: Expresar los sentimientos con diferencias y similitudes, hallados tras la visualización del video o en su defecto relato de un Caso Clínico, a través de un coloquio.
- ✓ S3: Verbalizar similitudes y diferencias de manejo de hábitos en los estilos de vida relacionados con alimentación, manejo de sintomatología de los sofocos, o tratamientos estrogénico a través de un debate.
- ✓ S4: Verbalizar similitudes y diferencias de manejo de hábitos en los estilos de vida a través del método de mesa redonda.
- ✓ S2/S3/S4: Reducir el componente de ansiedad a través de Mindfulness, musicoterapia e imaginación guiada.
- ✓ S5: Expresar mejora de su capacidad de decisión sobre aspectos relacionados con la propia salud, sentimientos de seguridad, autoestima, motivación a través del debate.

#### ***Área de habilidades***

- ✓ S1: Conocer la cantidad real de veces que orinan mediante un cuestionario ICIQ-SF.
- ✓ S2/S3: Realizar correctamente EMSP a través de ejercicios tipo Kegel e hipopresivos mediante la corrección del ejercicio por el instructor, tanto demostración con entrenamiento, como entrenamiento.
- ✓ S2/S3/S4 Utilizar de manera adecuada las técnicas de relajación a través de la repetición de los ejercicios tanto en el aula.
- ✓ S2: Elaborar un plan individualizado para crear un hábito en la realización EMSP.

- ✓ S3/S4: Entrenarse de forma personal, en reducir los efectos adversos de la sintomatología a través de lecciones participativas.
- ✓ S3/S4 Establecer pautas de actuación sobre autocuidados necesarios para una correcta nutrición, higiene postural y personal.
- ✓ S5: Demostrar la capacidad de autocuidado saludable en alimentación a través de portar alimentos al aula tras la reflexión de la degustación de una merendola.

## **METODOLOGÍA**

### **Educación para la salud**

Está orientado hacia la participación activa de cada individuo del grupo, dirigiendo las actividades a sus necesidades e intereses. El número de mujeres que formen el grupo debe ser entre 10-15. El proyecto consta de 5 sesiones teórico-prácticas grupales, semanalmente se realizará una sesión de entre poco más de una hora y hora y media de duración, se llevarán a cabo en un aula habilitada.

1. Población diana: La población diana a la que va orientada este proyecto se caracteriza por mujeres diagnosticadas de menopausia, cuya sintomatología sea la IU, al menos de un año de evolución, y que se puedan beneficiar en obtención o reorganización de conocimientos y habilidades en el manejo de su afección. Deben cumplir los criterios de inclusión y exclusión que se determinan en el apartado 1.1.

#### **1.1. Criterios de inclusión y exclusión**

**Criterios de inclusión:**

- Mujeres con menopausia, entre 50 y 60 años, ambas inclusive. Debido a que la media de edad de la menopausia es de 51 años<sup>7</sup>.
- Mujeres que padezcan IUE, IUU o IUM cuya causa sea un debilitamiento muscular.
- La IU debe tener al menos 12 meses de evolución: de esta manera podemos verificar fervientemente que es una IU establecida, debido a que debe pasar como mínimo para determinar su diagnóstico 4 meses.

**Criterios de exclusión:**

- Mujeres con prolapso órgano pélvico nivel 3 o 4: debido a que dicha IU se debe en parte a la presión ejercida por los propios órganos y dicho nivel precisa de intervención quirúrgica.
- Mujeres cuya IU sea consecuencia de un problema neurológico o patología neuromusculares que produzcan afectación vesical, demencia y otros problemas de salud mental (debido a que reducen tanto la sensación como respuesta a las ganas de orinar), trastornos endocrinos o infección urinaria. Enfermedades tales como Espina

bífida, Mielomeningocele, Diabetes, Agenesia sacro, Esclerosis múltiple, Alzheimer o Parkinson entre otros.

- Mujeres con dificultad para entender o expresarse en castellano.
- Mujeres con aspectos psicosociales que no puedan beneficiarse del tratamiento grupal o no permitan una adecuada interacción (demencia, introversión...)
- Mujeres que hayan padecido una cirugía en la zona perineal que pudiera afectar el vaciado vesical o la musculatura relacionada.

2. Captación: Previamente al comienzo de la captación de los pacientes, se realizará una reunión del equipo para informar a todos los profesionales sobre los criterios de inclusión y exclusión del taller, para que se pueda ofrecer a pacientes de todas las consultas con igualdad de criterios basados en principios éticos evitando actitudes discriminatorias. Los encargados de proporcionar la información directa son los profesionales de Enfermería y Medicina pertenecientes a las unidades de Atención Primaria y Especializada, Ginecología y Suelo Pélvico.

La captación se realiza a través de carteles informativos (Anexo 3) del taller en el centro de salud, tanto en las salas de espera como en las puertas de las consultas de Enfermería y Médicas. Además se informará al Hospital de referencia para que pueda derivar pacientes del área de ginecología y/o unidad de suelo pélvico (si lo posee), a aquellas mujeres que residan en la zona básica de salud. Asimismo se puede informar en los Espacios de Mujer o Agentes de Igualdad de la Comunidad de Madrid de la existencia del taller; aunque es motivo imprescindible acudir a un profesional sanitario para la derivación de las participantes. Tras el contacto con el personal sanitario y la recepción de información, la persona interesada deberá conversar con el personal de Enfermería encargado de la dirección del Proyecto.

Los carteles informativos incluyen un contacto de información directo con el teléfono y el correo electrónico del formador/es responsable/s con el fin de poder consultar dudas que surjan en las participantes potenciales.

Periodo de captación	6 semanas
Periodo de inscripción al taller	1 semana (finalizada la captación)
Sesión 1: “¿Qué sabes de...?”	1º día: 95 minutos.
Sesión 2: “Fortalece tu Con_Suelo”	2º día: 90 minutos

Sesión 3: “Abordando alternativas: Nutrición y Hábitos”	3º día: 80 minutos
Sesión 4: “¿Qué más puedes hacer?”	4º día: 75 minutos
Sesión 5: “Merendando se entiende la gente”	5º día: 85 minutos

### 3. Planificación y desarrollo de la intervención:

3.1 Números de participantes: el grupo será de entre 10 y 15 personas.

3.2 Número de sesiones: Se realizarán 5 sesiones donde se incluyen los diferentes objetivos específicos concernientes a las áreas de conocimiento, actitudes y habilidades, intentando combinar en cada sesión las tres áreas.

3.3 Frecuencia y lugar: Las sesiones se llevarán a cabo una vez a la semana. El espacio donde se procederá a la realización de las sesiones será una sala habilitada para ello cedida por el Centro de Salud, colegio, Asociaciones Locales, Ayuntamiento.

3.4 Duración: Teniendo en cuenta las necesidades y prioridad de las mujeres participantes, es probable que algunas se encuentren en situación laboral, serán semanas consecutivas con un mes y una semana de duración.

### 3.5 Planificación de cada sesión

#### Sesión 1: “¿Que sabes de...?”

Sesión 1	Recursos				
<b>Duración:</b> 95 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 o 2 docentes (profesional de Enfermería)</li><li>• 1 observador externo</li></ul>	<b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ordenador con sonido</li><li>• Proyector</li><li>• Mesas y sillas</li><li>• Bolígrafos y folios</li><li>• Pizarra y rotulador</li><li>• Cuestionarios</li></ul>			
<b>Lugar:</b> sala habilitada para 10-15 personas					
<b>Presentación</b>	Durante 5 minutos, el docente guía del proyecto presenta a los componentes del equipo profesional, creando un ambiente confortable mediante la técnica de acogida.				
<b>Descripción</b>	Durante 5 minutos, presentación y expresión verbal de los discentes sobre las expectativas hacia el taller.				
DESARROLLO DE LA SESIÓN					
Objetivos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Evaluación
Conocer la frecuencia, cantidad, momento y repercusión de las pérdidas de orina que padecen, así como su nivel de ansiedad	Repercusión de la IU y ansiedad	Cuestionario ICIQ-SF y Test de Goldberg	GI	10 min	Test de ICIQ-SF + Test de Goldberg.
Explorar los conocimientos previos de los conceptos y causas de la IU.	Creencias, causas y conocimientos de IU	Falsos mitos	GG	10 min	Guión del Observador+



					Cuestionario V/F
Identificar la sintomatología, causas, diagnóstico y comprender los cambios sobre la IU y la menopausia.	Definiciones, tipos, tratamientos, causas y estadios de la IU y la menopausia	Lección participada	GG	15min	Guía del Observador
Identificar los cambios físicos y psicosociales de la menopausia.	Conceptos sobre la menopausia.	Tormenta de ideas	GG	10 min	Guía del Observador
Reorganizar conocimientos sobre los cambios físicos y psicosociales que se producen durante la menopausia.	Factores relacionados con la menopausia.	Lección participada	GG	10 min	Guía del Observador
Reflexionar, analizar y expresar en profundidad de sentimientos y los cambios positivos y negativos que han experimentado sobre la IU.	Vivencias personales respecto a la IU.	Rejilla	GI=>GG	25 min	Guía del Observador
Aclarar dudas a partir de lo expuesto en la sesión.	Dudas y Cierre.	Dudas y aclaraciones. Despedida.	GG	5 min	Guía del Observador

## Sesión 2: “Fortalece tu Con\_Suelo”

Sesión 2		Recursos				
<b>Duración:</b> 90 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 o 2 docentes (profesional de enfermería)</li><li>• 1 observador externo</li></ul>	<b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ordenador con sonido</li><li>• Proyector</li><li>• Mesas y sillas</li><li>• Bolígrafos y folios</li><li>• Colchonetas</li></ul>				
<b>Lugar:</b> sala habilitada para 10-15 personas						
<b>Descripción</b>	Durante 5 minutos el docente acogerá al grupo y describirá brevemente el desarrollo de la sesión					
<b>Resumen</b>	Durante 5 minutos se realizará un resumen de la sesión anterior, y se aclararán dudas surgidas.					
DESARROLLO DE LA SESIÓN						
Objetivos		Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Evaluación
Indagar sobre los sentimientos del padecimiento de la IU, y repercusiones, para posteriormente expresar los sentimientos		Vivencias personales relacionadas con IU.	Caso clínico + Discusión sobre el caso clínico 1	GI=>GG	25 min	Guía del observador
Identificar la importancia de la musculatura del suelo pélvico y su entrenamiento		Conocimientos de suelo pélvico	Lección participada	GG	10 min	Guía del observador



Realizar de manera correcta los EMSP	Ejercicios tipo Kegel e hipopresivos	Demostración con entrenamiento	GI	20 min	Guía del observador
Elaborar un plan individualizado para crear un hábito en la realización de EMSP	Hábito de realización de ejercicios	Lección participada y tarea para casa: “Fortalece tu Con_Suelo”	GI	10 min	Guía del observador
Reducir niveles de ansiedad a través de una sesión de relajación con musicoterapia.	Relajación a través de Mindfulness con musicoterapia	Demostración con entrenamiento	GG	10 min	Guía del observador
Aclarar dudas a partir de lo trabajado en la sesión.	Dudas y cierre	Dudas y aclaraciones. Despedida.	GG	5 min	Guía del observador

### Sesión 3: “Abordando alternativas: Nutrición y Hábitos”

Sesión 3	Recursos	
<b>Duración:</b> 80 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● 1 o 2 docentes (profesional de enfermería)</li><li>● 1 observador externo</li></ul>	<b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ordenador con sonido</li><li>● Proyector</li><li>● Bolígrafos y folios</li><li>● Colchonetas</li><li>● Aceitunas y pasas</li></ul>
<b>Lugar:</b> sala habilitada para 10-15 personas.		
<b>Descripción</b>	Durante 5 minutos el docente acogerá al grupo y describirá brevemente el desarrollo de la sesión	
<b>Resumen</b>	Durante 5 minutos se realizará un resumen de la sesión anterior, y se aclararán dudas surgidas.	

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN

Objetivos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Evaluación
Elaborar un plan para crear un hábito en la realización EMSP.	Ejercicios tipo Kegel e hipopresivos.	Lección participada sobre el plan “Fortalece tu consuelo”	GI	5 min	Análisis de las respuestas
Realizar de manera correcta los EMSP y revisar la planificación de: “Fortalece tu consuelo”	Conocimiento de ejercicios tipo Kegel e hipopresivos	Entrenamiento + Lección participada	GI=>GG	25 min	Guía del observador
Identificar como afectan las consecuencias y autocuidados a la IU y reorganizar los conocimientos para incorporar acciones positivas sobre los autocuidados	Autocuidado : hábitos nutricionales, sintomatología de sofocos, tratamiento estrogénico, hábitos de tabaco y alcohol	Exposición con discusión	GG	30 min	Guía del observador
Reducir sus niveles de ansiedad a través de una sesión de relajación	Mindfulness	Demostración con entrenamiento.	GG	5 min	Guía del observador
Aclarar dudas a partir de lo trabajado en la sesión.	Dudas y cierre	Dudas y aclaraciones. Despedida	GG	5 min	Guía del observador

### SESION 4: “¿Qué más puedes hacer?”

Sesión 4	Recursos	
<b>Duración:</b> 75 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● 1 o 2 docentes (profesional de enfermería)</li><li>● 1 observador externo</li></ul>	<b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ordenador con sonido</li><li>● Proyector</li><li>● Bolígrafos y folios</li></ul>
<b>Lugar:</b> sala habilitada para 10-15 personas.		
<b>Descripción</b>	Durante 5 minutos el docente acogerá al grupo y describirá brevemente el desarrollo de la sesión	
<b>Resumen</b>	Durante 5 minutos se realizará un resumen de la sesión anterior, y se aclararán dudas surgidas.	

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN

Objetivos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Evaluación
Identificar como afecta a su padecimiento los autocuidados referentes a la piel, manejo del olor e higiene personal, y ejercicios deportivos	Autocuidados en hábitos saludables sobre cuidados de la piel, manejo del olor e higiene personal, y ejercicios deportivos	Mesa redonda	GG	15 min	Guía del observador
Reorganizar conocimiento para incorporar acciones positivas sobre los autocuidados sobre olores, medidas contención, manchas y ejercicio deportivo	Autocuidados en hábitos saludables sobre cuidados de la piel, manejo del olor e higiene personal, y ejercicios deportivos	Lección participada	GG	20 min	Guía del observador
Elaborar un plan para crear hábitos de autocuidado saludables	Autocuidados	“Habitúate”	GG	15 min	Guía del observador
Reducir sus niveles de ansiedad a través de una sesión de relajación con imaginación guiada	Mindfulness + imaginación guiada	Demostración con entrenamiento	GG	10 min	Guía del observador
Aclarar dudas a partir de lo trabajado en la sesión.	Dudas y cierre	Dudas y aclaraciones. Despedida	GG	5 min	Guía del observador

### SESION 5: “Merendando se entiende la gente”

Sesión 5	Recursos	
<b>Duración:</b> 85 minutos	<b>Humanos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● 1 o 2 docentes (profesional de enfermería)</li><li>● 1 observador externo</li></ul>	<b>Materiales:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Ordenador con sonido</li><li>● Proyector</li><li>● Bolígrafos y folios</li><li>● Cuestionarios</li></ul>
<b>Lugar:</b> sala habilitada para 10-15 personas.		
<b>Descripción</b>	Durante 5 minutos el docente acogerá al grupo y describirá brevemente el desarrollo de la sesión	
<b>Resumen</b>	Durante 5 minutos se realizará un resumen de la sesión anterior, y se aclararán dudas surgidas.	

#### DESARROLLO DE LA SESIÓN

Objetivos	Contenidos	Técnica	Agrupación	Tiempo	Evaluación
-----------	------------	---------	------------	--------	------------

Establecer pautas de actuación sobre autocuidados necesarios para una correcta nutrición, higiene postural y personal	Autocuidados	Lección participada sobre el plan “Habitúate”	GI	10 min	Análisis de las respuestas
Ordenar ideas sobre los conceptos trabajados en el taller sobre aspectos relacionados con la propia salud referentes a IU	Autocuidados, IU, menopausia	Caso clínico 2+ Lección participativa	GG	20 min	Guía del observador
Demostrar la capacidad de autocuidado en nutrición a través de portar alimentos beneficiosos para su IU	Autocuidado: nutrición	Merendola	GG	20 min	Guía del observador
Mostrar los conocimientos sobre IU, menopausia, autocuidados.	Conocimientos sobre IU, menopausia, autocuidados y ejercicios de EMSP	Cuestionario Verdadero y Falso (V/F)	GI	15 min	Guía del observador + Test de V/F
Aclarar dudas y expresar nivel de satisfacción.	Test de satisfacción. Dudas y cierre.	Resumen. Dudas y aclaraciones. Despedida	GG	10	Guía del observador + Test de satisfacción

### 3.6 Técnica, recursos y tiempo:

3.6.1 Métodos de técnicas educativas<sup>27</sup>: Para la realización del taller se ha considerado adecuado combinar diferentes técnicas educativas inductivas y activas que faciliten la dupla enseñanza-aprendizaje. Se pretende con ello favorecer que las mujeres sean conscientes de su situación y expresen su vivencia reflexionando sobre el área emocional, ayudarlas a que ellas mismas piensen que opciones tienen facilitándoles que encuentren las suyas propias y tomando sus propias decisiones. Según los objetivos que deseamos conseguir utilizamos el que consideramos más oportuno. Se adjunta guía del docente para facilitar su utilización (Anexo 4).

- Técnicas de expresión o investigación en el aula: Utilizadas fundamentalmente al inicio de la actividad educativa con el fin de conocer las expectativas, sus conocimientos previos sobre los conceptos y facilitar la expresión de sus experiencias. Utilizamos las técnicas de expresión, tormenta de ideas, método rejilla y falsos mitos.
- Técnicas expositivas: Son útiles para la transmisión, contraste y reorganización de conocimientos o información. Se utilizan para conocer la información sobre anatomía y fisiología del aparato genito-urinario, definición IU, menopausia/climaterio, diagnóstico y tratamiento, y recomendaciones sobre hábitos de vida saludable. Empleando la técnica de video con discusión y mesa redonda.

- Técnicas de análisis: se utiliza para analizar la realidad, cuestionar valores y sentimientos abordando el área emocional. En el proyecto aplicamos como técnica de análisis la resolución de un caso clínico y resumir y ordenar las ideas.
- Técnicas de desarrollo de habilidades: útil para entrenarse con el fin de proceder a la toma de decisiones que empoderen a estas mujeres en su situación, es decir, desarrollar la capacidad de actuar. Utilizamos para esto la demostración con entrenamiento.
- Otras técnicas: fuera del aula, para que puedan practicar los ejercicios de EMSP y de relajación desde la segunda sesión y que solucionen sus dudas o dificultades en el aula.

3.6.2 Recursos : El material utilizado para cada sesión es necesario un ordenador con sonido conectado a un proyector tanto para visualizar el vídeo del caso clínico como para visualizar el PowerPoint correspondiente de cada sesión donde se observen los conocimientos teóricos y las imágenes necesarias para las sesiones realizadas con anterioridad, una pizarra con rotulador/tiza para el método rejilla. Son necesarias sillas con escritorio donde las participantes puedan escribir en la documentación que se les facilita en los falsos mitos, cuestionarios y plan de creación de un hábito. A su vez, precisamos de una cantidad de colchonetas una por participante, donde las participantes puedan realizar los EMSP, los estiramientos y la concentración para los ejercicios de relajación. Además de la documentación facilitada y de bolígrafos. Precisamos de una guía del observador. Casos clínicos y ejercicios. Y otros recursos en función del docente y organización.

3.6.3. El tiempo: El que se dispone depende tanto de las sesiones como de docentes y discentes, el tiempo estimado es de 75/95 minutos, pero siempre puede variar según las necesidades.

3.7 Equipo docente: El equipo docente estará formado por uno/dos Enfermeras, pudiendo sumarse otro componente, pudiendo participar en actividades como el entrenamiento, demostración y realización del EMSP, recomendaciones o exposición. Cualquier componente integrante debe estar formado en especificidades de la menopausia, EMSP y EpS.

### **EVALUACIÓN**

El sistema de evaluación tiene como objetivo extraer la información obtenida a lo largo de todo el proyecto de EpS. Persigue adecuar el diseño y el desarrollo del programa de las sesiones, a través de los resultados obtenidos. Verifica el proceso de enseñanza y la

construcción real del aprendizaje, permitiendo la modificación y mejora continua del proyecto.

a) **Sistema de evaluación**

Cualitativa:

- A través de la observación continuada y sistemática de las sesiones educativas, por parte de un profesional observador (Anexo 5), que no participa como docente. Se realizarán reuniones del o los docentes con el observador, al finalizar cada sesión, para comentar las anotaciones y si cabe la posibilidad de un cambio o ajuste en la metodología.
- En las sesiones S3 y S5 se realizará un análisis de respuestas obtenidas en la elaboración del Plan “Fortalece tu Con\_Suelo” y “Habitúate”, para cerciorarse que las discentes asientan la información ofrecida en el aula y la ponen en práctica.
- En la última sesión se repartirá un “Test de Satisfacción” (Anexo 6) para evaluar la opinión y percepción de las pacientes.

Cuantitativa:

- En la primera y última sesión se realizará comparación y análisis de los resultados obtenidos en el ICIQ SF, valorando la mejora en cuanto a la disminución de pérdidas urinarias.
- En la primera y última sesión se realizará la comparación de los resultados en el Test de Ansiedad de Goldberg (Anexo 7), valorando la mejora en el nivel de ansiedad de las discentes.
- A través de la comparación de resultados del Test de V/F, se valorará el aprendizaje de conocimientos sobre IU, menopausia, autocuidados y de EMSP.
- Se realizarán citas programadas de manera individual, a los 6 meses y al año de la finalización del taller, evaluar si los objetivos propuestos se han conseguido a la largo plazo.

b) **Proceso de evaluación**

Estructura

- Evaluación del proceso de captación a través de las consultas de Enfermería y Medicina, Espacios de la Mujer y Agentes de la Igualdad de la Comunidad de Madrid.
- Comprobación de la adecuada planificación de las sesiones, en cuanto al número de sesiones, tiempo y lugar realizado.
- Valoración del uso correcto de los recursos materiales y humanos.
- Valoración del número de participantes y el de asistencia a cada una de las sesiones.
- Comprobación de la correcta utilización de las técnicas desarrolladas en las sesiones.

Este apartado del proceso se realizará a través del Guión del Observador cumplimentado en todas las sesiones.

#### Proceso

- Comprobación de la correcta explicación y adecuado desarrollo de los contenidos incluidos en cada una de las sesiones.
- Confirmar si la metodología del proyecto es realista y adecuada en cuanto al alcance de los objetivos planteados, y si las técnicas educativas utilizadas son coherentes con dichos objetivos.
- Contrastar si las participantes han conformado un grupo equilibrado en cuanto al nivel de adquisición de los conocimientos y desarrollo de habilidades propuestas.
- Valoración del nivel de participación en las diferentes técnicas como, la discusión de casos clínicos, participación en tormenta de ideas, expresión de dudas y alternativas, método rejilla, video con discusión, frases de verdadero y falso, mesa redonda y falsos mitos.

Se empleará el Guión del Observador para evaluar esta parte del proceso.

#### Resultados

- Evaluación de la sintomatología de la IU, si la frecuencia o cantidad de pérdidas de orina se reduce, a través de la comparativa del Test ICIQ SF (S1 y S5).
- Recogida de preguntas y soluciones que se establecen para realizar los ejercicios de EMSP y evaluación de su efectividad mediante la mejora de resultados comparativos del Test ICIQ SF (S1 y S5).
- Evaluación con el Test de V/F los conocimientos adquiridos, considerando el 50 % de aciertos, como nivel básico de conocimientos. Esperando alcanzar una respuesta positiva a las preguntas de al menos el 90 %.
- Comprobación de si cada participante realiza de forma correcta la simulación de los ejercicios de EMSP. Siendo evaluado in situ por el propio docente.
- Concertar una consulta individual de las asistentes, a los 6 meses y al año de la finalización del taller, para valorar y verificar si el problema persiste, si los objetivos planteados han sido alcanzados a largo plazo.
- Evaluación la relajación Mindfulness en el aula, y la recogida de su registro de entrenamiento en la vida diaria mediante el Test de ansiedad.
- Evaluación de la capacidad de actuación ante las pérdidas de orina con la discusión del caso clínico (a través de la Guía del Observador).

- Recogida de los efectos no previstos: falta de atención de las discentes, distintos niveles culturales, exposiciones por parte de los docentes poco comprensibles, a través de la Guía del Observador.

### CONCLUSIONES

La IU como problema recurrente en la población femenina, que afecta a su salud y a su CdV, es un hecho de gran trascendencia social, económica y sanitaria.

Nuestro proyecto de EpS, como estrategia en la promoción de la salud se erige en un método de enseñanza que pretende encauzar a la persona y a la comunidad en un proceso de cambio de actitud y de conducta, que se inicia con la detección de sus necesidades y que intenta incidir en la mejora de las condiciones de salud. Un elemento esencial para lograr los objetivos, es conocer las actitudes, ya que sobre la base de ellas, se lograrán las modificaciones en los estilos de vida. Otra pieza fundamental será la persecución de la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos, y sobre la que debemos sustentar nuestro trabajo.

Para concluir, consideramos que la implantación de este proyecto de EpS incitaría a la reducción del impacto en la sociedad y a un descenso en el gasto económico gubernamental, pero sobre todo a una mejora de la CdV de estas pacientes.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*.2010;29 (1):4-20. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941278](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19941278)
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Madrid: OMS; 2000 [actualizado 26 marzo de 2016; consultado 24 noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
3. Espuña Pons, M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 464-472.
4. Franco de Castro A, Peri Cusí L, Alcaraz Asensio A. La Incontinencia Urinaria. Servicio de Urología, ICNU, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. [Consultado 20 enero de 2018]. Disponible en: [http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna\\_rev\(1\).pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
5. Nieto E. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*. 2003; 32 (7): 410-4.
6. Castro D, Espuña M. Asociación Española de Urología. Tratado de incontinencia urinaria. Madrid: Luzan; 2006
7. Informe ONI. Percepción de Paciente con Incontinencia Urinaria (I.U.). Observatorio Nacional de la Incontinencia. 2010. [consultado 27 enero 2017[]]. Disponible: [http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepción\\_Paciente\\_IU.pdf](http://www.observatoriodelaincontinencia.es/pdf/Percepción_Paciente_IU.pdf)
8. Baena González V, Blasco Hernández P, Cózar-Olmo JM, Díez-Itza I, Espuña Pons M, Hidalgo Vega A, et al. Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España. Madrid: Instituto Max Weber; 2017
9. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 (ENSE 2011/2012), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad – Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/encuestaNacional/EncuestaNac2011/EstadoSalud\\_DistribucionPorcentual.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/encuestaNacional/EncuestaNac2011/EstadoSalud_DistribucionPorcentual.pdf)



10. Pajero V, Valverde E, Sobrado P, Guijarro J. Prevalencia de factores de riesgo en mujeres con diagnósticos de incontinencia urinaria. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2012; 41(3): 174-83
11. Martínez-Agullo E, Ruiz-Cerda JL, Arlandis S, Rebollo P, Perez M, Chaves J. Analysis of overactive bladder and urinary Continence in working woman aged between 25 and 64 years. *EPICC study Actas Urol Esp Engl Ed*. 2010; 34(7): 618-624
12. Martínez Córcoles B., Salinas Sánchez A.S., Giménez Bachs J.M., Donate Moreno M.J., Pastor Navarro H., Virseda Rodríguez J.A.. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2008 Feb [Consultado 24/02/2018] ; 32(2): 202-210
13. Nieto Blanco E, Mariano Bejar P, Serrano Molina L, Dávila Álvarez V, Pérez Llorente M. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. *Actas Urol Esp*. 2007;31(5):493-501.
14. Berterö C. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. *Int Nurs Rev*. 2003 Jun[Consultado: 25/02/2018];50(2):109-18.
15. Madden S, St Pierre-Hansen N, Kelly L, Cromarty H, Linkewich B, Payne L. First Nations women's knowledge of menopause: experiences and perspectives. *Can Fam Physician*. 2010 Sep [Consultado: 20/01/2018] ;56(9):e331-7.
16. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction* 2004;15:76-84
17. Capote Bueno MI, Segredo Pérez AM, Gómez Zayas O. Climaterio y menopausia. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2011 Dic [Consultado 3/02/2018]; 27(4):543-557. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000400013&lng=es)
18. Guía para la implementación local de la Estrategia de Promoción de a Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet] 2015 [Consultado 14 enero 2018]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

19. Hay-Smith EJ, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison GP. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women. The Cochrane database of systematic reviews. 2011;(12):CD009508. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009508>
20. Hernández Díaz J, Paredes Carbonell J, Marín Torrens R. Como diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. Aten Primaria. 2014; 46 (1):40-47. doi:10.2016/j.aprim.2013.07.006
21. Senba N, Matsuo H. Effect of a health education program on climacteric women. Climacteric. 2010 Dec;13(6):561-9. Epub 2010 Feb 12
22. Gil Esteban, MD; Pagán Hernández, M; López Anaya, P; Chulvi Alabort, V; Vidal Bernabé, AP; Reche Lorca, E; Amorós Baidez, M. Actuación de enfermería en la dependencia emocional. Evaluación del programa de salud de la mujer mayor de 40 años. Invest & Cuid 2010 ene-abr [Consultado: 29/12/2018] 8(16):6-16
23. Ueda M. A 12-week structured education and exercise program improved climacteric symptoms in middle-aged women. J Physiol Anthropol Appl Human Sci. 2004 Sep [Consultado: 28/02/2018];23(5):143-8.
24. Kaya, S., Akbayrak, T., Gursen, C. y col. Int Urogynecol J (2015) 26: 285. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2517-4>
25. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García P, Mariano Bejar P, Llorente M et al. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. Enfermería clínica 2004;14(3):129-135.
26. Park S, Yeoum S, Kim Y, Kwon HJ. Self-management Experiences of Older Korean Women With Urinary Incontinence: A Descriptive Qualitative Study Using Focus Groups. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2017 Nov/Dec;44(6):572-577
27. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ochauri Ozcoide M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Trabajar en Educación para la Salud. Sección de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra.
28. Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review.

Urol Int. 2013;90(1):1-9. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22868349>

29. Modroño Freire MJ, Sánchez Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. Aten Primaria.2004;34(3):134-139
30. García-Giralda Ruíz L, Guirao Sánchez L, Casas Aranda I, Alfaro González JV, Sánchez Pérez G, Guirao Egea L. Trabajando la incontinencia urinaria en atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. Arch Esp Urol.2007; 60(6):625-632.
31. Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo M, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. Urod A 2010;23(1):52-66
32. Takahashi K, Sase E, Kato A, Igari T, Kikuchi K, Jimba M. Psychological resilience and active social participation among older adults with incontinence: a qualitative study. Aging Ment Health. 2016 Nov;20(11):1167-1173. doi:10.1080/13607863.2015.1065792
33. Song HJ, Han MA, Kang HC, Park KS, Kim KS, Kim MK, et al. Impact of lower urinary tract symptoms and depression on health-related quality of life in older adults. Int Neurourol J. 2012;16(3):132-138.
34. Ministerio de Sanidad y Consumo España. Guía de buena práctica clínica en incontinencia urinaria: Organización Médica Colegial; [Internet] 2007 [Consultado 15 febrero 2018] p.83. Disponible en:  
<http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>
35. Pakgohar M, Hamid TA, Ibrahim R, Vahid-Dastjerdi M. Portrait representation of postmenopausal women's experiences of living With urinary incontinence. J Women Aging. 2015;27(1):81-95.
36. Siddiqui NY, Ammarell N, Wu JM, Sandoval JS, Bosworth HB. Urinary Incontinence and Health-Seeking Behavior Among White, Black, and Latina Women. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2016 Sep-Oct;22(5):340-5

37. Van den Muijsenberg ME, Lagro-Janssen TA. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *Br J Gen Pract.* 2006 December; 56(533):945-9.
38. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs.* 2007 October; 16(10):1946-54.
39. Higa R, Lopes MHB. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(2):213-6.
40. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract.* 2001 February; 189(1):48-52.
41. Vethanayagam N, Orrell A, Dahlberg L, McKee KJ, Orme S, Parker SG, Gilhooly M. Understanding help-seeking in older people with urinary incontinence: an interview study. *Health Soc Care Community.* 2017 May;25(3):1061-1069
42. Lopes MHB, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(1):34-41.
43. Mendes A, Hoga L, Gonçalves B, Silva P, Pereira P. Adult women's experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Database System Rev Implement Rep.* 2017 May;15(5):1350-1408.
44. Hayder D. The effects of urinary incontinence on sexuality: seeking an intimate partnership. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2012 Sep-Oct;39(5):539-44.
45. Lobchuk MM, Rosenberg F. A qualitative analysis of individual and family caregiver responses to the impact of urinary incontinence on quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014 Nov-Dec;41(6):589- 96

## ANEXOS

## Anexo 1. Clasificación de la Incontinencia Urinaria

<b>INCONTINENCIA URINARIA AL ESFUERZO IUE</b>	<b>INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA IUU</b>	<b>INCONTINENCIA URINARIA MIXTA</b>
Pérdida de orina durante la realización de algún esfuerzo. La causa puede ser debida a una alteración en los mecanismos de cierre uretral y/o la incompetencia de los músculos elevadores del periné cuando se incrementa la presión abdominal.	Pérdida involuntaria de orina precedida de una urgencia miccional (deseo imperioso de orinar). Presenta aumento de la frecuencia miccional y en ocasiones nicturia. La causa puede estar en alteraciones en el funcionamiento de la vejiga que provocan contracciones involuntarias del músculo detrusor.	Pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia como al esfuerzo

Fuente: Elaboración propia

## Anexo 2. Cuestionario ICIQ-SF

### Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: suma las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca . . . . .	0
Una vez a la semana . . . . .	1
2-3 veces/semana . . . . .	2
Una vez al día . . . . .	3
Varias veces al día . . . . .	4
Continuamente . . . . .	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada . . . . .	0
Muy poca cantidad . . . . .	2
Una cantidad moderada . . . . .	4
Mucha cantidad . . . . .	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Nada Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

Fuente: Asociación Española de Urología [http://www.aeu.es/PDF/ICIQ\\_SF.pdf](http://www.aeu.es/PDF/ICIQ_SF.pdf)

### Anexo 3. Cartel Informativo

**TALLER DE  
INCONTINENCIA  
URINARIA**



**MUJER, ¿ENTRE 50 Y 60 AÑOS?**

“Fortalece tu Con\_Suelo”

**¡ADELANTE! CONSULTA CON TU  
PROFESIONAL SANITARIO**

Contacto:  
Correo: [fortalecetuconsuelo@hotmail.com](mailto:fortalecetuconsuelo@hotmail.com)

Los datos pueden estar sujetos a derecho de autor

Fuente: Elaboración propia

#### Anexo 4. Guía del docente

##### Técnicas Educativas:

##### 1) Expresión/investigación en el aula:

##### 1.1 Método de expresión

1.1.1 **Expresión:** Que expresen su situación, preconceptos, experiencias. (S1)

##### 1.2 Método de Investigación en aula

1.2.1 **Tormenta de ideas:** se pide al grupo que en una o dos palabras expresen una idea o significado como por ejemplo incontinencia, menopausia, cuidado, también se pueden realizar preguntas sobre el conocimiento de medidas de contención/tratamiento, estrés que conocen para ser base de la consiguiente explicación. (S1)

1.2.2 **Rejilla:** se divide el grupo en subgrupos y con la rejilla diseñada (con un enunciado con 2-3 partes) se pone de manifiesto similitudes y diferencia de los cambios que han supuesto en sus vidas la IU. (S1)

1.2.3 **Falsos mitos:** se ponen de manifiesto las ideas erróneas que se tiene sobre la IU, como por ejemplo que es un proceso irreversible, asociado al envejecimiento, las únicas medidas de contención o único tratamiento es la utilización de compresas o medicamentoso ... (S1)



- No existe nada para solucionar la IU en la mujer adulta
- La mejor solución para evitar las pérdidas de orina es usar las toallitas sanitarias o compresas.
- El único tratamiento exitoso para la IU es la cirugía.
- Los EMSP de Kegel no mejoran realmente la IU.
- Beber menos líquidos mejorará la IU.
- Aguantar las ganas de orinar hacen que una persona sea incontinente.
- El embarazo y el parto vaginal producen IU permanente.
- La IU forma parte del proceso normal del envejecimiento.

1.2.4 **Frases de verdadero y falso (S5):** El educador entregará una hoja con oraciones sobre IU, menopausia, hábitos de vida y EMSP y las reparte a cada discente, que deberá decidir si es verdadero o falso, razonando su respuesta.

- Menopausia significa IU, y es sinónimo de enfermedad V/F
- El tabaco agudiza los síntomas de la IU y menopausia V/F
- Los alimentos ricos en calcio y magnesio no deben faltar en tu dieta V/F
- El debilitamiento del suelo pélvico no provoca IU V/F
- Los ejercicios hipopresivos y tipo Kegel ayudan al fortalecimiento del suelo pélvico en la mejora de la IU. V/F
- La IU no repercute en nuestra vida social, emocional ni sexual V/F
- No existen medicamentos para tratar la IU V/F
- La menopausia te lleva a la depresión V/F
- Cerca de 6 millones de personas en España padecen IU V/F
- Chocolate, café, pimientos picantes o el alcohol empeoran la IU V/F

## 2) Técnicas expositivas:

2.1 **Video con discusión:** se presenta el video de una mujer que relate su experiencia, medidas de contención, con un final positivo en cuanto a la reducción de la cantidad y número de veces de las pérdidas de orina y a continuación se plantea un coloquio sobre lo que han escuchado, mediante una mesa redonda. Alternativamente la posibilidad de que la mujer del caso clínico se persone y relate su experiencia en vivo. (S2)

2.2 **Mesa redonda:** debate de “expertos” (que son los participantes, para que cada uno de su opinión sobre la mejor manera de paliar los efectos de la IU). (S4)

**2.3 Lección participada:** Primero se les plantea que expresen sus conocimientos sobre el tema a tratar ese día, y posteriormente se expone, aportando información, finalizando con una discusión

**“Fortalece tu Con\_Suelo”:** Se explica en qué consiste la elaboración de un plan personalizado para que las participantes puedan realizar en sus casas los EMSP, entrega del plan: recomendando que deben hallarse en un momento tranquilo para poder centrarse en la realización del ejercicio, preferiblemente portando ropa cómoda. Que los ejercicios los deben realizar recomendablemente 3 veces al día, pero mínimamente una.

### PLAN FORTALECE TU CON\_SUELO”

Objetivos del plan: Reducir la frecuencia y cantidad de las pérdidas de orina

- Cantidad de veces realizadas durante el día \_\_\_\_\_
- Momento del día realizado \_\_\_\_\_
- Cantidad de repeticiones realizadas cada vez \_\_\_\_\_
- Del 1 al 10 concentración durante las repeticiones \_\_\_\_\_
- Describe el lugar donde se han realizado \_\_\_\_\_
- Realización correcta del ejercicio Sí                      No

### PLAN HABITÚATE

Objetivo: Identificar como los autocuidados mejoran la sintomatología de la IU y que incorporen acciones positivas sobre los autocuidados.

- Material que utilizo como absorbente \_\_\_\_\_
- Producto utilizado en la limpieza higiénica \_\_\_\_\_
- Producto utilizado en la limpieza de las manchas de orina \_\_\_\_\_
- Que hago cuando noto un sofoco \_\_\_\_\_
- Cantidad de agua ingerida en un día \_\_\_\_\_
- Cantidad de tabaco diaria \_\_\_\_\_
- Cantidad de alcohol diario (cc) \_\_\_\_\_
- Tratamiento estrogénico utilizado \_\_\_\_\_
- Realización de ejercicio/Cual Sí                      No \_\_\_\_\_

**- Recomendaciones de nutrición:** debido a la irritación de la vejiga que se contrae para realizar la evacuación de la orina se recomienda no tomar alimentos cítricos, zumo de tomate, café, chocolate, refrescos azucarados, alimentos picantes o muy especiados, o bebidas energizantes. Reducir la posibilidad de padecer estreñimiento, tomar fibra y agua. Una alimentación saludable basada en la dieta mediterránea, con aporte de calcio para reducir las complicaciones de la osteoporosis. Preferiblemente control de peso.



- **Recomendaciones sobre sofocos:** beber pequeñas cantidades de agua cada vez en un plazo de tiempo, llevar ropa cómoda y holgada de tejidos transpirables, colocarse en lugares de ventilación adecuada.
- **Reeducación vesical:** Vaciar completamente la vejiga aumentando progresivamente el tiempo entre micciones (empezar con 1h y aumentar 15-30 minutos hasta llegar a las 2 horas), evitar ir al baño “por si acaso”, cuando tengan ganas hacer presión sobre la zona perineal( contraer los músculos perineales, cruzar las piernas o inclinarse, NO salir corriendo porque se produce la pérdida) ejercitar el suelo pélvico, intentar mantener el intestino regulado, no aguantar las ganas de orinar, beber agua varias veces durante el día, si existe un sobrepeso intentar controlarlo, reducir el consumo de tabaco y alcohol, vigilar la medicación, fomentar hábitos de vida saludable.
- **Recomendaciones para la piel:** Cualquier producto es adecuado para las pérdidas de orina, porque muchos opinan que las compresas o salva slips utilizados durante la menstruación cumplen una función adecuada en estos casos. La orina tiene unas características especiales que salvaguarden del olor y las irritaciones. Elegir adecuadamente el absorbente. Debemos elegir las pastas al agua si en algún momento se producen pequeñas heridas o ulceraciones.

### 3) Método de análisis

3.1 Caso clínico: Se realiza conjuntamente con el video con discusión, es la historia visualizada en el video con una serie de preguntas, se analiza de forma individual, se pone en común, se discuten las posibles alternativas, se resume y se plasman las conclusiones. (S2)

## CASO CLÍNICO 1

“Mercedes es una mujer de 54 años que vive una vida aparentemente normal, entró en la menopausia a los 52 años, y desde entonces padece pérdidas de orina recurrentes, cada vez que se ríe a carcajadas, tose o estornuda. Un día, después de evitar durante muchas ocasiones quedar con sus amigas, por fin se cita en un centro comercial a tomar café, estaba tan preocupada porque se notara alguna mancha u olor, que se colocó 2 compresas de menstruación para no tener ninguna opción de fuga, y se pasó desde media mañana sin beber nada. Tras un café doble, y cuando llevaba varias horas sin ir al baño, a causa de un chiste que contaron, Mercedes nota como un hilo de orina se desliza por su pierna, ¡Las compresas se habían deslizado una sobre la otra!!¡Dios mío, qué vergüenza! ¿Cómo me levanto yo de aquí? Una vez en el baño intentó limpiarlo con

agua, pero empeoró la mancha. Se fue rápidamente a casa sin dar explicaciones. Desde entonces, Mercedes ha dejado de quedar con sus amigos, se encuentra triste, evita responder al teléfono, o ir a lugares donde se las puede cruzar.”

¿Te ha pasado algo similar? ¿Cómo te has sentido?

¿Cómo hubieras reaccionado tú?

Analiza que cambios se podrían realizar.

## CASO CLÍNICO 2

“Amalia es una mujer con 56 años que lleva 3 años padeciendo los sofocos, sudores nocturnos, sequedad vaginal, estrés, irritabilidad, achacado todo ello a la menopausia.... Confiesa que a los 24 años después de su primer hijo, tenía escapes de orina cuando estornudaba o tosía, pero que donde estuviera se fabricaba una compresión de papel higiénico y con ello resolvía hasta llegar a casa y cambiarse de ropa. Con el tiempo y alguna rutina de ejercicio pélvico que le recomendaron en su centro de salud, aquello resolvió sin darle mayor importancia.

Ahora, 32 años después, a toda esta “pesadilla” que ella denomina a los síntomas de la menopausia, se le suman repetidas pérdidas de orina que esta vez le afectan mucho emocionalmente y ella misma no entiende el por qué.

Los remedios caseros no son suficientes, ha intentado beber menos agua y le producen unos dolores de cabeza insoportables que la irritan aún más. Uno de sus consuelos ahora que los hijos son mayores y no viven en casa, era salir a andar durante horas sin rumbo y ha tenido que dejar de hacerlo por miedo a algún percance. No se lo ha comentado a sus hijos porque no los quiere agobiar con sus cosas”.

¿Qué recomendaciones le darías para que pueda volver a ir a pasear?

¿Hace bien quedándose en casa y no comentándolo con nadie?

¿Podrías explicarle a Amalia algo respecto a autocuidados que pueda ayudarla?

### 3.2 Resumir y ordenar (S5)

#### 4) Desarrollo y entrenamiento de habilidades

4.1 Demostración con entrenamiento (S2, S3 y S4): Se aclarará al final de la S1 (que las discentes deben portar ropa cómoda para la realización de los ejercicios).

##### 4.1.1 Ejercicios de potencien la musculatura

**Kegel:** Comenzamos por identificar la musculatura involucrada: deben notar una contracción que cierra y eleva hacia adentro y arriba los esfínteres perineales, imaginarse que se van a escapar los gases/orina y mantenerlos. Se recomienda que en

casa corten la orina cuando vayan al baño (sólo como modo de prueba, porque de ser continuado puede provocar infección de orina) otras opciones son la utilización de un espejo, el tacto manual, o sentarse en una pelota de fitness.

¿Cómo se realizan? En posición supina se realiza 3 series de 10 contracciones (1 segundo) con un descanso de 20/25 segundos entre ellas. Una vez aprendido se puede realizar sentada o en cuadrupedia. Posteriormente, en progresión, se realiza los ejercicios con una contracción más prolongada (5/10 segundos), a modo de ascensor (subir apretando y bajar soltando) y en forma de onda. Es importante intentar corregir que la mujer no contraiga de manera simultánea la musculatura abdominal o glútea cuando realiza los ejercicios, ni mueva tórax o piernas, que no se realice en apnea y que mantenga una posición correcta. Preferible 5 repeticiones bien hechas que 50 mal hechas.

**Hipopresivos:** Son una serie de ejercicios que mejoran la sintomatología de la IU, además de reducir el perímetro abdominal, mejora la postura corporal, reduce el dolor, aumenta el tono muscular del suelo pélvico y faja abdominal aumentando su fuerza, aumenta el rendimiento deportivo y capacidad respiratoria y mejora la función sexual debido al incremento de la vascularización. Está contraindicado en hipertensión arterial o proceso inflamatorio abdominal. Se recomienda ir al baño antes de realizarlo y beber un poco de agua, realizarlo mejor por la mañana, con ropa cómoda y no después de comer.



¿Cómo se hacen? Tras 3 respiraciones profundas, en espiración máxima se contrae el abdomen hacia arriba y adentro y se mantiene en apnea con la glotis cerrada el tiempo máximo tiempo posible.

Fuente: <https://www.vitonica.com/entrenamiento/para-realizar-hipopresivos>

4.1.2 Ejercicios de relajación. **Mindfulness:** técnicas relacionadas con la meditación budista, con el fin de conseguir una atención plena. Debe concentrarse en un elemento concreto de forma exclusiva, un pensamiento, una acción, un objeto... y con entrenamiento se consigue calmar la mente, reduce el riesgo de padecer depresión, reduce el dolor y el estrés y ayuda a dormir repercutiendo directamente en la CdV. Estas sesiones se realizan en progresión de dificultad.

S2: Concentración en una correcta postura corporal y respiración con musicoterapia.

S3: Exploración a través de los sentidos, vista, tacto, olor y gusto al comer una uva pasa o aceituna.

S4: Concentración en un sentimiento positivo combinado con imaginación guiada.

## Anexo 5. Guía del observador

**PROYECTO:** EpS: Manejo de la Incontinencia Urinaria en mujeres con menopausia

**SESIÓN:**

**NOMBRE DEL OBSERVADOR:**

**NOMBRE DEL EDUCADOR:**

**NÚMERO DE PARTICIPANTES:**

RECURSOS MATERIALES	
Distribución del aula (sillas, mesas, colchonetas...)	
Medios audiovisuales	
Material adicional	
Utilización adecuada del material	
CLIMA	
Técnicas de gestión de comunicación	
Tipo de comunicación	
EDUCADOR	
Claridad en las explicaciones	
Puntualidad	
Ambiente en el aula	
Clima de confianza	
Resolución de dudas	
PARTICIPANTES	
Comportamientos en el aula	
Motivación	

Participación	
Tipo de preguntas	
Participación	
CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS	
TIEMPO	
Presentación	
Preparación	
Gestión	

OBSERVACIONES:

### Anexo 6. Test de Satisfacción

**PROYECTO:** Educación para la salud: Manejo de la Incontinencia Urinaria en mujeres con menopausia

**LUGAR:**

**FECHAS:**

Señale en el recuadro correspondiente su valoración del curso en una escala de 1 a 4, donde 1 indica la puntuación más baja y 4 la más alta, en los siguientes aspectos:

- +

#### ORGANIZACIÓN:

- 1.- Organización del curso
- 2.- Condiciones del aula para el aprendizaje
- 3.- Duración del curso
- 4.- Horario del curso
- 5.- Atención al alumno por parte de la organización

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

#### ACTIVIDAD FORMATIVA:

- 1.- Conocimientos adquiridos
- 2.- Metodología empleada para los objetivos pretendidos
- 3.- Medios pedagógicos (ejercicios, casos prácticos)
- 4.- Materiales didácticos (documentación)
- 5.- Medios de apoyo (ordenadores, cañón, pizarra, etc.)

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

#### EVALUACIÓN GLOBAL:

- 1.- Cumplimiento de los objetivos del curso
- 2.- Aplicación del contenido a su tarea
- 3.- Opinión global del curso

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

PROFESORADO

1. Conocimientos en la materia impartida

1	2	3	4
---	---	---	---

2. Claridad de sus respuestas

1	2	3	4
---	---	---	---

3. Dominio en los aspectos prácticos

1	2	3	4
---	---	---	---

4. Interés que despierta en clase

1	2	3	4
---	---	---	---

5. Cumplimiento del programa

1	2	3	4
---	---	---	---

6. Fomento de la participación de los alumno

1	2	3	4
---	---	---	---

7. Evaluación global

1	2	3	4
---	---	---	---

Indique sugerencia o comentario que desee, sobre los aspectos valorados anteriormente con objeto de mejorar la actuación formativa:

Organización

Actividad Formativa

Profesorado

Fuente: Ministerio de Energía, Turismo y Agencia Digital.  
[www.minetad.gob.es/.../Modelo\\_encuesta\\_satisfaccion\\_actividad\\_formativa.doc](http://www.minetad.gob.es/.../Modelo_encuesta_satisfaccion_actividad_formativa.doc)

## Anexo 7. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg		
Subescala de ansiedad	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Subtotal</b>		
(Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total ansiedad</b>		

Fuente: Enfermería del envejecimiento y cuidados críticos:  
[www.hvn.es/enfermeria/.../cribado\\_de\\_ansiedad\\_depresion\\_escala\\_de\\_goldberg.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/.../cribado_de_ansiedad_depresion_escala_de_goldberg.pdf)